FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS VI^e^
U.E.R. DE MÉDECINE
PITIÉ – SALPÉTRIÈRE

ANNÉE 1973 N° 127

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par
NICOLE COUSSEMENT-BEYLARD
Née le 2 Mai 1944 à Levallois - Perret
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le .....

ASPECT RADIOLOGIQUE DES COMPRESSES "OUBLIÉES" DANS L'ABDOMEN

REVUE DE JURISPRUDENCE ET DES MÉTHODES PRÉVENTIVES

Président : Monsieur P.L. CHIGOT, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS VI[e]

U.E.R. DE MÉDECINE
PITIÉ — SALPÉTRIÈRE

ANNÉE 1973 N° .....

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

NICOLE COUSSEMENT-BEYLARD

Née le 2 Mai 1944 à Levallois - Perret

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le .....

ASPECT RADIOLOGIQUE

DES COMPRESSES "OUBLIÉES" DANS L'ABDOMEN

REVUE DE JURISPRUDENCE ET DES MÉTHODES PRÉVENTIVES

Président : Monsieur P.L. CHIGOT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur P. L. CHIGOT

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549227_0039

A Monsieur le Docteur C. FAURE

qui par la qualité de son travail et
de son enseignement et par son dévouement
à la Médecine, a orienté mon choix vers
le radiodiagnostic.

A mes parents

A mon mari

A ma fille Laetitia

A mes frères et soeurs

A Monsieur le Docteur Louis DESCAMPS

Il m'a mis le pied à

l'étrier médical.

Merci

A mes Maîtres d'Externat

Messieurs les Docteurs et Professeurs

J. DUPARC

P. GRENET

C. FAURE

Y. CREHALET

J. NICK

J. ACAR

C. SORS

V. BISMUTH

A mon Maître d'Internat

Monsieur le Docteur

J. P. DESPREZ-CURELY

INTRODUCTION

Le corps étranger laissé dans la cavité abdominale au décours d'une intervention est un accident regrettable de la chirurgie digestive et génito-urinaire. Depuis le livre publié en 1940 par H. et D. CROSSEN sur "les corps étrangers laissés dans l'abdomen après intervention chirurgicale", le sujet a été consciencieusement évité dans les revues professionnelles. Ceci est vraisemblablement dû d'une part à la crainte de suites médico-légale et d'autre part à la répugnance, assez compréhensible, à exposer dans la littérature, ses mésaventures ou celles de ses collègues.

Plusieurs cas récents nous ont été rapportés en détail et dans chacun de ces cas le diagnostic a erré jusqu'à la réintervention. Dans l'un d'entre eux, présenté ici en exemple, la compresse était radiologiquement clairement décelable, à condition d'y penser et d'en connaître l'aspect.

C'est précisément l'objet de cette thèse ; rappeler que l'oubli d'une compresse est chose possible, présenter les différents tableaux cliniques et radiologiques, revoir l'aspect médico-légal et les moyens de prévention disponibles.

HISTORIQUE

Déjà en 1884 WILSON, rapporte un cas personnel de corps étranger "oublié" dans la cavité abdominale et trente autres cas trouvés dans la littérature.

FORGUES et AIMES en 1939, dans leur traité classique "Les pièges de la chirurgie" consacrent un long chapitre à ce sujet, et en citant GOERICH, donnent les statistiques suivantes :

Sur 214 cas

- 165 fois il s'agit de compresses et de tampons
- 43 fois d'instruments
- 6 fois de drains.

D'autre part, d'après les auteurs, cités par FORGUES et AIMES, la fréquence de cet oubli (du moins à cette époque) pouvait être estimée de 1 sur 1 000 à 1 sur 5 000 interventions. Cependant on sait que le comptage des compresses n'était pas aussi rigoureux que maintenant et que la chirurgie et l'anesthésie étaient moins bien réglées que de nos jours. L'oubli est plus fréquent dans les interventions du petit bassin et de l'abdomen inférieur (80 %), puis par ordre décroissant dans les interventions sur les voies biliaires, l'estomac, le caecum, l'intestin.

... / ...

En 1940, H. et D. CROSSEN publient un livre consacré uniquement à ce sujet, dans lequel ils analysent très complètement 307 cas et proposent une méthode de prévention. Dans leur série, la mortalité était de 25 %.

Depuis 1940, c'est le silence dans la littérature française et anglo-saxonne avec de rares exceptions qui rapportent des cas inhabituels par la longueur de la rétention du corps étranger par l'aspect de celui-ci. En langue espagnole, on note quelques publications comme celle de Noguera en 1955 qui fait une brève revue clinique classant l'évolution en cinq stades.

PHYSIOPATHOLOGIE

Les réactions du péritoine à la présence de corps étrangers ont été étudiées par différents auteurs. Un des travaux les plus intéressants semble être celui de H. MYLLARNIEMI qui a placé des compresses dans la cavité péritonéale de rats et qui en a suivi les conséquences.

L'évolution est caractérisée par un premier temps dit migratoire où le corps étranger est libre dans la cavité péritonéale puis par un temps de fixation avec formation d'adhérences. Histologiquement, c'est un granulome (STURDY et COLL).

ECHENBERT et LEDGER ont étudié la réponse péritonéale au polyéthylène. Elle n'est pas extrêmement différente de celle due aux compresses (fixation avec adhérences).

OBSERVATIONS CLINIQUES

n°1

n°2

OBSERVATION N° 1

M. X. est hospitalisé pour crise douloureuse abdominale aiguë, au décours de laquelle une cholécystographie montre une vésicule exclue. Une cholécystectomie est pratiquée avec réintervention le lendemain pour hémorragie du lit vésiculaire.

Six mois plus tard, M. X. est revu dans une autre clinique ; présentant des vomissements abondants ayant débutés 10 jours auparavant. L'examen montre un plastron sous-hépatique, une leucocytose à 7 800 G. B. une V.S. à 21 - 47.

Le bilan radiologique comprend un cliché d'abdomen sans préparation (cliché n° 1), une cholangiographie (cliché n° 2) considérés comme normaux et un transit gastro-duodénal qui montrait "un estomac de stase pylorique, ... une vaste région bulbaire marécageuse qui évoquait soit un phytobézoard dans un mégabulbe, soit plus probablement une ulcération géante ayant détruit le bulbe. Le duodénum d'aval n'était pas analysable étant donné la mauvaise qualité des passages barytés..."

Sur ces données cliniques et radiologiques, le patient est opéré.

[illegible] est probable que cette image existe fréquemment mais passe inaperçue, confondue avec les clartés digestives.

... / ...

Résumé des constatations opératoires :

Gastrectomie 2/3 pour fistule gastro-colique. L'exploration montre l'existence d'un énorme bloc inflammatoire intéressant la face antérieure de l'antre et le premier duodénum, le colon transverse, le foie qui forme couvercle sur l'ensemble : le diagnostic probable est celui d'un volumineux ulcère antérieur perforé.

Après décollement duodéno-pancréatique, on libère et relève la face inférieure du foie, on isole le colon transverse et on constate alors l'existence d'une perforation colique de 2 cm environ de diamètre à bords indurés. L'orifice gastrique en regard siège sur une vaste poche diverticulaire qui communique largement avec l'antre gastrique et s'étale partiellement devant l'estomac.

Section de D_1 à 2 cm en aval du pylore. Gastrectomie 2/3. Rétablissement gastro-duodénal.

En examinant avec soin la perforation colique et en palpant le transverse, on perçoit un cordon dur qui paraît occuper le viscère sur 25 cm environ : par la perforation on "accouche" un champ Tétra tassé en "corde" et imbibé de baryte (longueur 38 cm sur largeur 28 cm).

... / ...

Suture du colon. Drainage et fermeture pariétale.

L'histologie de la pièce n'a apporté aucun élément intéressant.

Commentaires :

Les constatations précédentes permettent de conclure vraisemblablement à l'oubli du "corpus alienum" dans le lit vésiculaire lors de la réintervention après cholécystectomie, à la constitution torpide de l'abcès sous-hépatique, à la double fistulisation gastro-colique et à la migration finale dans le transverse : ces différentes étapes ont été bien tolérées pendant 6 mois. Ce malade est décédé le 11e jour dans un état de toxi-infection qui a débuté quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 2

(Adopté de SHOLLER)

Madame Z..., 21 ans, est adressée au service de chirurgie de l'hôpital L. le 6.1.63 pour subocclusion. Dans les antécédents, on note une hystérectomie datant d'une dizaine de jours.

Intervention décidée le 9.1.63

Incision médiane sous-ombilicale. On tombe sur une poche péritonéale, cloisonnée d'où s'échappent des gaz sous pression, et qui contient un champ abdominal qu'on extrait. Il existe une grande quantité de pus. On se trouve en présence d'une poche bien cloisonnée par une coque où l'on découvre une petite fistule du grêle que l'on suture difficilement par quelques points séparés, car la paroi intestinale est extrêmement friable à ce niveau. Dans les suites opératoires on note la persistance de la fistule du grêle nécessitant l'installation de perfusions d'acide lactique avec aspiration. Fermeture progressive de la fistule et de la plaie. L'état général s'améliore parallèlement. Cicatrisation complète, transit normal, état général satisfaisant, convalescence de 1 mois.

Conclusion :

Laparotomie chez un malade en subocclusion ayant été opéré quelques jours auparavant d'une hystérectomie. On découvre un champ.

OBSERVATION N° 3

(Adoptée de SHOLLER)

Madame W..., 34 ans, ayant subi à PARIS, il y a deux mois une hystérectomie subtotale avec annexectomie gauche pour tumeur ovarienne, les annexes ayant été extirpées il y a quelques années pour un kyste de l'ovaire. Cette malade arrive en occlusion depuis 8 jours (arrêt complet des matières et des gaz depuis cette date). L'état général est catastrophique, les vomissements sont fécaloïdes. Incision sous-ombilicale à travers l'ancienne cicatrice et dépassant légèrement l'ombilic vers le haut. A l'ouverture du péritoine, on constate l'existence de pus franc et l'on est surpris de constater, nageant dans ce pus, un champ abdominal plié en trois.

Après avoir sorti ce champ, on remarque que la cavité de l'abcès est entièrement close, ne communiquant pas avec la grande cavité péritonéale. On se décide alors à explorer la grande cavité pour vérifier l'état des anses. Celles-ci sont adhérentes à la face externe de la cavité de l'abcès. On libère toutes les anses les unes après les autres. La plupart sont très dilatées, mais aucune ne présente de lésions irréversibles. On pratique ensuite une entérotomie au niveau de la première anse jéjunale et l'on vide l'intestin grêle des gaz et du liquide qu'il contient (1 litre de liquide fécaloïde). Les anses ont alors meilleur aspect. On pratique l'excision des fragments de membranes pyogènes adhérents à certaines anses. Plicature, fixation du mésentère sans incident.

... / ...

En fin d'intervention, après avoir vérifié l'hémostase, mise en place d'antibiotiques dans le petit bassin et les gouttières coliques. Les anses se contractent bien et ont une couleur normale. Fermeture sur des fils d'acier. Malgré une réanimation intense, l'état de la malade ne s'améliore que très peu. Au 21e jour post-opératoire, décès brutal par embolie pulmonaire massive.

Conclusion :

Laparotomie chez une malade en occlusion ayant été opérée il y a deux mois pour hystérectomie. A la réintervention on découvre un champ opératoire.

OBSERVATION N° 4

(Adoptée de SHOLLER)

Femme de 48 ans, gastroentérostomie en 1927 pour ulcère. Reprise des douleurs. Digastroentérostomie en juillet 1952 avec en même temps cholécystostomie et évacuation de calculs vésiculaires. Les suites opératoires, sans être vraiment mauvaises, ne sont pas parfaites, la malade gardant de la température pendant un mois. Elle sort cependant en assez bon état général. Dans les 6 mois qui suivent, elle fait 4 crises sub-occlusives, attribuées (sans examen radiologique) à des adhérences. Elle s'inquiète cependant d'une "grosseur" de la région ombilicale, mais son chirurgien consulté, la rassure en lui affirmant qu'il s'agissait d'une réaction des muscles, fréquente après les opérations et tout-à-fait normale. Nouvel épisode d'occlusion subaiguë, guérie médicalement.

Un autre médecin, découvre "une tumeur" de la taille d'un poing d'adulte, juste sous la paroi péri-ombilicale. Elle est indolore, lisse et régulière et à la consistance d'un fibrome un peu mou.

Le T. V. est négatif. Les films montrent un refoulement extrinsèque de l'intestin, sans altération intrinsèque et on porte le diagnostic de tumeur bénigne du mésentère. A ce moment n'existe ni température, ni accélération de la vitesse de sédimentation. Mais à l'intervention on découvre un gros abcès contenant un bon demi-litre de pus crémeux, aseptique, autour d'un champ oublié (1,20 m sur 0,80 m), guérison sans incidents.

... / ...

Conclusion :

Gastroentérostomie en 1927, digastroentérostomie en 1952. Réintervention en 1952 pour laparotomie avec le diagnostic de tumeur. On découvre un champ opératoire.

OBSERVATION N° 5

(Adapté d'après Hunter - Craig)

Un homme de 63 ans est admis d'urgence à l'hôpital le 31 décembre 1966, se plaignant de crises douloureuses abdominales à type de coliques, présentes depuis 4 jours, s'aggravant progressivement. Il n'y a pas de vomissements. Seul antécédent chirurgical, l'appendicectomie en 1930. Les suites opératoires avaient été normales.

A l'examen, le malade est fébrile (38,8°) et se plaint de douleurs épigastriques : l'abdomen est sensible, mais il n'y a pas de masse palpable.

Les radiographies montrent de nombreux niveaux liquides sur des anses grêles dilatées. Le diagnostic posé est celui d'occlusion du grêle sur bride.

Lors de l'intervention, une masse inflammatoire de 7,5 cm de diamètre est trouvée dans le grand épiploon, à côté du colon transverse qui est partiellement envahi.

Du pus s'échappe de la masse et se répand dans la cavité péritonéale. Les anses grêles sont dilatées mais sans obstruction localisée. On croit que la lésion représente un abcès paracolique en relation avec un cancer ou un diverticule isolé du colon. Une colectomie du transverse est pratiquée, et les suites

... / ...

post-opératoires sont satisfaisantes. Le pus est stérile en culture. La masse contient une compresse qui est partiellement désintégrée.

Histologiquement, il existe une réaction inflammatoire de la surface péritonéale du colon qui est par ailleurs normale.

Conclusion :

Abcès stérile provoqué par une compresse oubliée 36 ans auparavant.

SIGNES CLINIQUES

Différents tableaux cliniques peuvent être réalisés

1° - A l'occasion d'un nouveau compte des champs et compresses, on s'aperçoit d'un manque.

A ce stade, le corps étranger est mobile dans la cavité abdominale et il n'existe aucun signe clinique. C'est dire si la décision de réopérer peut être difficile et si l'usage de matériel radioopaque serait souhaitable.

2° - Le corps étranger donne lieu à des manifestations cliniques précoces et septiques (cas n° 2) : l'opéré ne va pas bien, le drain, si il en existe un donne anormalement et il se constitue soit un abcès localisé soit une péritonite voire même une septicémie. Nous n'insisterons pas sur ces différents tableaux cliniques qui entraînent souvent la réintervention par leurs signes propres ou par occlusion secondaire.

Au cas où la réintervention n'a pas été jugée indispensable, le corps étranger peut se fistuliser soit à la peau, éventualité rare, soit plus fréquemment dans le tractus digestif, rectum souvent, ailleurs colon, grêle, rarement l'estomac, parfois le vagin ou la vessie.

Enfin, il est sans doute possible, que l'infection ayant été jugulée par les antibiotiques, le corps étranger cesse de faire parler de lui pour un moment, se fixe, et s'enkyste comme nous le verrons plus loin.

... / ...

3° - Le corps étranger est aseptique.

Après un court moment de liberté, il se fixe et s'entoure d'adhérences.

Selon sa situation il peut :

a) Etre parfaitement toléré par le malade. On n'en entendra plus parler. Citons en exemple cette pince Kocher retrouvée lors de l'incinération d'un malade opéré 20 ans plus tôt et décédé de tout autre chose. Ce cas est cependant exceptionnel.

b) Le corps étranger est d'emblée mal toléré et lors de sa fixation provoque des accidents mécaniques (perforation, occlusion)

c) Mieux toléré il ne fait parler de lui qu'après un temps variable de 3 semaines à 5 ans. Il peut :

- Simuler une tumeur abdominale et avoir sa symptomatologie propre (cas n° 4).

- S'éliminer par une des voies vues précedemment (tube digestif, vagin, vessie).

- S'enkyster et se calcifier.

- Etre partiellement réabsorbé et se diviser en multiples fragments qui à leur tour peuvent se disperser comme cela est arrivé à la malade de Upchurch qui a subi le nombre incroyable de 102 interventions en 5 ans pour extraire tous les fragments d'une compresse oubliée.

- S'infecter secondairement et donner lieu à un épisode aigu à retardement (cas n° 1,3,5). Occlusion abcès etc...

Pour clore cette revue des aspects cliniques, nous emprunterons le tableau suivant à CROSSEN.

ANALYSE DE 250 CAS DE COMPRESSES OUBLIEES AVEC CIRCONSTANCES CLINIQUES CONNUES
(D'Après H. et D. CROSSEN)

Où et comment la compresse fut trouvée	Du 1er jour Au 1er mois	2e mois A 1 an	2e Année A 5 ans	Après 5 ans	Total 250	RESULTAT Vivant	Décédé	
Compte des compresses	17	0	0	0	17	15	-	-
Souvenir de l'accident	1	0	0	0	1	1	0	0
A l'autopsie	41	5	2	1	49	0	49	0
Dans l'orifice du drain	7	0	0	0	0	7	0	0
Dans la plaie suppurante	8	0	0	0	8	8	0	0
Réintervention précoce	10	0	0	0	10	7	2	1
Abcès extériorisé tardivement	0	4	1	0	5	4	1	0
Sortie par un trajet fistuleux	0	26	2	0	28	28	0	0
Sortie par le rectum	2	30	4	1	37	32	3	2
Sortie par le vagin	2	3	0	1	6	6	0	0
Sortie par la vessie	0	1	0	2	3	3	0	0
Opération tardive retrouve la compresse dans le tube digestif	0	16	7	2	25	17	5	3
Partiellement dans le tube digestif	0	6	3	0	9	6	0	3
Dans une cavité suppurée	0	17	4	2	23	15	4	4
Encapsulée et aseptique	0	3	14	5	22	17	0	5
TOTAUX	88	111	37	14	250	166	65	19

SIGNES RADIOLOGIQUES

I SUR LE CLICHE SANS PREPARATION

Au décours d'une intervention

SIGNES DIRECTS

Tant qu'il n'y a pas de complication, le corps étranger imbibé de liquide va avoir radiologiquement une densité aqueuse et son image se confond avec celle des parties molles intra-abdominales de même densité radiologique. Il ne pourra être soupçonné que si par sa masse il comprime ou refoule les clartés gazeuses digestives ou s'il comporte un élément radio-opaque. Se rappeler l'intérêt souligné par d'autres auteurs de n'utiliser que des compresses et champs comportant une partie radio-opaque, intérêt sur lequel nous reviendrons plus loin.

Lorsqu'il est situé au voisinage immédiat d'une anse intestinale, la compresse provoque un abcès puis une fistule digestive et la présence de gaz, soit par infection anaérobie, soit par passage d'air intestinal, provoque une modification de l'image de la compresse. Les gaz viennent s'insinuer et cliver les différentes couches de tissu. On voit alors, dans une région localisée, des images linéaires radiotransparentes, arciformes et tourbillonnantes, plus ou moins enchevêtrées et superposées, séparées par des images de densité aqueuse elles-même enchevêtrées et qui représentent les différentes couches de tissu silhouettées par du gaz.

... / ...

SIGNES INDIRECTS (non caractéristiques)

1° - Existence d'une zone dense refoulant les gaz intestinaux correspondant à l'abcès ou à une masse abdominale pseudo-tumorale

2° Aspect inflammatoire des anses ; présence de liquide dans le péritoine.

3° Syndrôme occlusif

Longtemps après l'intervention il peut exister une zone de densité aqueuse (masse tumorale) avec rarement présence de calcifications.

II AU COURS DES EXAMENS AVEC PRODUITS DE CONTRASTE (transit gastro-duodénal, lavement, fistulographie etc...)

A - SIGNES DIRECTS

Le corps étranger, lorsqu'il est totalement ou partiellement intestinal s'imprègne de baryte et donne sur le cliché un aspect marécageux de corps étranger. Dans certains cas, cet aspect est comparable à celui de matières fécales mais à la distinction de celle-ci, il est fixe sur tous les clichés et persiste

... / ...

sur les clichés partiqués à distance de l'examen. Ailleurs il peut faire évoquer un phytobezoard.

B - SIGNES INDIRECTS

Essentiellement refoulement et compression par la masse pseudo-tumorale.

A S P E C T M E D I C O - L E G A L

Comme le dit Jean-Charles REYMOND dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (E. M. C.), "le nombre des procès intentés par les malades contre les médecins et chirurgiens qui les ont traités subit depuis 20 ans une incessante progression aussi bien en FRANCE qu'à l'étranger".

Dans quelle mesure l'oubli sur place d'un objet mérite-t-il d'être considéré comme une faute technique engageant la responsabilité de l'opérateur et justifiant une action en dommages et intérêts. Ecoutons encore REYMOND : "Abandonner un instrument, que ce soit une pince, une lame ou des ciseaux, est une faute grave ; un opérateur sérieux doit avoir le contrôle de ses instruments, il sait où il les met comme le grimpeur des Alpes sait où il pose son pied. En outre les instruments sont comptés, un par un soit par le chirurgien, soit de l'infirmière et ils doivent s'apercevoir immédiatement du manque. Oublier des champs grands ou petits ne devrait pas arriver pour cette même raison qu'ils sont comptés. L'oubli des petites compresses, celles qu'on appelle moyennes, est toute autre chose. Dans de nombreux cas, cet oubli est si difficilement évitable que je ne puis me résoudre à le considérer comme une faute. A vrai dire, je ne connais pas de chirurgien qui n'en ait laissé une ou plusieurs fois dans sa carrière, sans compter les cas, probablement plus nombreux encore, où des compresses ont été abandonnées sans qu'on ait pu s'en apercevoir car il n'est pas obligatoire qu'elles donnent des troubles".

Et cependant, il y a quelque trente ans, l'opinion publique y trouvait un témoignage accablant d'incurie, d'inattention, de légereté et de distraction. Voici quelques exemples de procès ayant fait grand bruit à leur époque, rapportés par KORNPROBST.

... / ...

"En 1928, une fillette qui avait été opérée à l'hôpital des Enfants-Malades à PARIS par le docteur X... expulsa quelque temps après, au milieu d'affreuses douleurs, une compresse de gaze oubliée par le chirurgien. Le tribunal de la Seine condamna le docteur X... à une indemnité de 2 000 F par un jugement sévèrement motivé du 17 février 1931. Le 16 juillet suivant, la cour d'Amiens, dans une espèce presque identique, fit même application de l'article 320 du code pénal en raison des longues souffrances endurées. Il demeure certain depuis lors que la responsabilité est la règle, l'irresponsabilité est l'exception. La plupart des décisions qui ont absout des médecins dans de telles hypothèses ne l'ont fait qu'après avoir posé le principe de la faute, recherché pourquoi et comment l'espèce y échappait. Cependant, presque coup sur coup, plusieurs procès en responsabilité révélèrent combien cette règle tenait peu compte des péripéties dramatiques qui se déroulent au cours de certaines opérations chirurgicales. Le professeur Jean-Louis FAURE ayant fait assister un haut magistrat à quelques opérations délicates, ce dernier s'étonna que loin de n'oublier ni compresse, ni pince, on put n'en point laisser en particulier en cas d'hémorragie foudroyante. Témoin le cas suivant " Une femme en état de syncope avait été transportée dans une clinique pour y subir, après transfusion de sang, une laparotomie nécessitée par une rupture de grossesse extra-utérine ; au cours de cette intervention urgente et grave, dont dépendait à chaque minute la vie de la malade, une compresse glissa entre les anses, tout étant teinté de sang, il fut impossible de la retrouver. Le chirurgien referma l'abdomen. Les experts établirent l'inexistence en l'état de la science d'un procédé vraiment efficace pour éviter la perte d'une compresse. Dans de telles conditions, la cour de BESANCON, par l'arrêté cité plus haut, débouta les demandeurs. Nous avons entendu affirmer par des chirurgiens de grand

... / ...

renom, dont le professeur Jean FIOLLE, que des opérés en effet sont morts parce que, de crainte d'un procès, on avait préféré recenser pinces et compresses avant de recoudre la plaie. Il ne faut pas perdre de vue non plus que, si l'organisme humain ne tolère pas facilement les corps étrangers qui provoquent des troubles les plus graves et parfois la mort, ce n'est pas chose fatale et que certains objets ou fragments s'enkystent parfois heureusement et deviennent inoffensifs".

Il faut considérer par conséquent que la perte ou l'oubli de la compresse elle-même est bien moins importante que les circonstances qui l'ont précédées ou accompagnées. C'est ce qui ressort encore de l'affaire suivante.

Opéré en 1933 d'un ulcère pyléro-duodénal sous forme de gastro-entérostomie, un nommé F... avait paraissant guéri, regagné la Côte d'Ivoire et repris ses occupations lorsque deux ans plus tard il sentit renaître des douleurs si vives qu'il fit procéder à une radiographie à ABIDJAN d'abord, à PARIS ensuite. On découvrit alors dans la fosse iliaque une branche de pince hémostatique qui au moment de l'opération avait dû se glisser dans l'estomac, puis émigrer dans l'intestin. Une nouvelle opération fut nécessaire, et ce corps étranger ne pu être extirpé qu'avec résection de 60 cm d'intestin grêle. L'espèce était typique ; le chirurgien soutenait que l'opération effectuée en 1933 avait été particulièrement délicate et urgente ; en raison de l'extrême faiblesse du malade et des défaillances de son coeur, il avait dû tenter

... / ...

successivement et sans succès une anesthésie régionale puis psychique et finalement recourir à l'éther, les mouvements, la toux, l'excitation extrême de F... les menaces de syncopes et d'éviscérations de l'intestin l'ayant obligé d'autre part à bourrer le ventre avec des champs opératoires. Il n'était donc pas autrement surprenant que malgré toutes les précautions prises, une pince fixant le champ opératoire, fortuitement divisée et détachée, se fut perdue au milieu des tissus des viscères sanglants. Avec infiniment de nuances et de psychologie, la cour écarta cet argument ; certes il ne saurait être question dit l'arrêt "par une sévérité excessive et peu avertie, de méconnaître les durs obstacles que peut en certaines circonstances rencontrer le chirurgien dans un drame où se joue la vie du malade, il doit accorder toute son attention à ce qui est le danger immédiat pour y parer ; il est donc concevable que la perte d'une pince au moment de l'action soit excusable comme étant fortuite ou de force majeure alors surtout que comme en espèce l'anesthésie ne pouvait se prolonger sans danger". Mais attendu poursuit cet arrêt qui à notre avis juge parfaitement la question "que d'autres devoirs **préparatoires** et subséquents s'imposent à l'opérateur et à ses assistants ou à ses aides, c'est-à-dire généralement toutes les mesures utiles et efficaces pour éviter l'oubli dans l'estomac d'une pince hémostatique ; comment on peut en concevoir de plusieurs ordres, mais qu'il en est une toute simple et primordiale qui consiste dans le dénombrement des pinces avant et après l'opération, à un moment où le chirurgien qui a autorité sur son personnel n'est pas encore ou n'est plus tout entier tendu vers l'objet capital de son intervention ; le plus démonstratif encore d'une branche seulement de cet instrument en sorte que le nombre impair de branche de pince retrouvé ne pouvait pas ne pas attirer l'attention et inciter à une radioscopie, qui aurait évité les souffrances et les dommages de qui les subissent" et la cour condamne.

... / ...

Ainsi donc et suivant la formule très complète d'un jugement du tribunal de la Seine du 4 juillet 1939, on peut conclure : "l'abandon au cours d'une opération d'une compresse dans le corps du patient constitue à la charge du praticien une faute dont celui-ci ne peut être exonéré que s'il est établi qu'il avait pris toutes mesures utiles et efficaces non seulement pour éviter tout oubli mais encore pour se rendre compte de cet oubli s'il a lieu et pour pouvoir prendre en ce cas les dispositions nécessaires. Des arrêts de la cour de Cassation du 28 octobre 1968 viennent apporter une contribution nouvelle et intéressante à la matière en décidant que ce n'est pas tant le fait en lui-même d'avoir laissé disparaître instrument, aiguille ou gaze dans le corps d'un opéré qui est fautif, que de ne pas s'en apercevoir ou plus encore, l'ayant constaté de ne pas en avoir prévenu l'opéré dans l'espoir que l'accident n'aurait pas de suite fâcheuse.

PREVENTION

Depuis les débuts de la chirurgie, on s'est efforcé de trouver des méthodes de prévention. Une des toutes premières consiste dans la bonne organisation de la salle d'opération :

- Compte des compresses avant et après intervention, à voix haute, en marquant le total obtenu.
- Usage exclusif d'un certain type de compresses
- Règles strictes en cours d'intervention
- Opération bien réglée
- Elimination des mains inutiles
- Place constante du matériel

Toutes ces précautions, pour excellentes et indispensables qu'elles soient en "temps ordinaires" ne permettent pas d'échapper à coup sûr à l'oubli, surtout en cas d'intervention compliquée, ou s'il survient un accident, ou s'il s'agit d'une intervention de sauvetage sur un malade en très mauvais état.

Parfois même une compresse peut disparaître et, comme le raconte GULEKE (cité par FORGUES et AIMES) "Après une intervention abdominale, un tampon a disparu. Opérateur, assistants, infirmiers recherchent l'objet qui reste introuvable. La patiente est rendormie et pendant une heure, on explore la cavité abdominale à la recherche du tampon perdu. On referme le ventre, avec quelque anxiété : fort heureusement, l'opérée en réchappa... Et l'objet fut retrouvé, le soir même, dans le matériel usagé"!!!

... / ...

Par conséquent, devant l'insuffisance de ces méthodes que nous appellerons "précautions élémentaires" les chirurgiens ont cherché mieux. Ils ont groupé les compresses sur des classeurs, des cadres à crochets, ils ont utilisé des compresse de couleurs différentes, ils en ont limité le nombre, ils ont brodé dessus des numéros, ils les ont marquées avec des fils colorés, ils ont attaché de longs rubans au bout de chaque compresse, accrochant l'autre extrémité en dehors de l'incision avec des pinces (ce qui n'a pas empêché un jour d'extrême urgence le champ, le ruban et la pince d'être "oubliés").

Nous allons donc insister sur deux méthodes qui nous semblent d'un intérêt particulier.

I Emploi exclusif de matériel radioopaque

Il existe différents procédés connus depuis très longtemps mais curieusement non utilisés en FRANCE, alors qu'ils sont très répandus aux U. S. A.
On peut fixer une pièce métallique (anneau) à toutes les compresses, soit faire incorporer dans celles-ci un fil métallique fin, soit encore imprégner la compresse d'une substance radioopaque.

Evidemment cette méthode n'évite pas la perte de la compresse mais elle permet en cas de période post-opératoire troublée, de savoir en faisant une radiographie si un corps étranger a été oublié ou non. Beaucoup plus intéressante nous semble être la méthode de JONES. Pendant vingt ans celui-ci a fait systématiquement radiographier ses opérés, dans le bloc opératoire, alors qu'ils étaient encore endormis et en vérifier lui-même immédiatement le cliché. Durant vingt ans, cette précaution a été inutile, puis un jour, elle permit le diagnostic immédiat de la compresse oubliée et la réintervention sans problème sur le malade encore anesthésié, sans attendre les premiers troubles.

Nous trouvons cette méthode séduisante, lorsqu'il est possible de l'appliquer, car qu'est-ce que 2 000 radiographies inutiles quand cela permet d'éviter les douleurs effroyables et peut-être la mort du sujet, comme dans deux des observations présentées précédemment.

... / ...

II La 2e méthode que nous développerons brièvement est une méthode préventive mise au point en 1909 par CROSSEN. Celui-ci dit que pour être valable, une méthode doit être efficace en toutes circonstances mêmes les plus dramatiques, et que par conséquent elle doit être automatique, permettant d'enlever toute compresse sans attention particulière de qui que ce soit.

Le principe est d'éliminer toutes les petites compresses individuelles et de les remplacer par une compresse unique longue de 10 mètres. Pour la confectionner, il suffit de couper en deux en longueur un morceau de gaze de 10 m sur 1 m et ensuite de la replier sur elle-même, toujours en long de façon à former une compresse à 6 épaisseurs de 10 m de long et 10 cm de large environ.

Pour en faciliter l'usage, la compresse est placée dans un sac spécial à deux compartiments. L'un d'entre eux, le plus petit, contient la compresse neuve et l'autre, plus large la compresse lorsqu'elle a été utilisée.

Une extrémité de la compresse est fixée au fond du petit compartiment puis la compresse est bourrée à l'intérieur de celui-ci de façon à pouvoir être sortie petit à petit lorsqu'on a besoin d'éponger.

Le compartiment large reçoit la portion utilisée de la compresse pour prévenir son accumulation dans le champ opératoire.

Après que la compresse ait été rangée dans le petit compartiment le sac est plié, prêt à être mis en boîte et stérilisé.

... / ...

Lors de l'intervention, les extrémités du sac sont attachées à des grands champs.

Dans le cas assez rare où il est nécessaire d'éponger très localement et très profondément, on peut utiliser des petites compresses spécialement attachées à de longues pinces.

Il est évident que l'utilisation de cette compresse "ruban", comme toute importante modification technique, doit être étudiée en fonction des habitudes de chaque opérateur et que de nombreux détails doivent être mis au point. Usée sans réflexion préalable, cette méthode peut être décevante mais utilisée soigneusement elle permet d'éponger correctement et donne la sécurité quant à l'oubli des compresses, à condition de ne jamais être coupée une ou plusieurs fois en cours d'intervention car cela détruit la certitude d'avoir tout enlevé.

C O N C L U S I O N

Les champs oubliés dans l'abdomen sont susceptibles de complications nombreuses et graves.

Nous avons rencontré chez un de nos malades une image radiologique qui nous a paru pathognomonique faite de la densité de la compresse entremêlée de gaz provenant de l'abcès ou d'une perforation. Cette image n'est sans doute pas constante. Quand elle existe elle peut être méconnue car perdue au sein de l'image gazeuse intestinale. Elle est très importante dans la mesure où l'on n'a pas généralisé la prévention par l'adoption de compresses radio-opaques qui permettent de faire la preuve du corps étranger par une radiographie de l'abdomen. C'est souligner le rôle du radiologiste dans le dépistage d'une complication de l'acte chirurgical qui engage la responsabilité du chirurgien.

BIBLIOGRAPHIE

BORRONE N. E.

Contador de gasas

Prensa Med Argent 48, 279-281, 1961

CROSSEN H. S. et CROSSEN D. F.

Foreign bodies left in the abdomen (the surgical problems, cases, treatment, prevention)

St Louis, EV mosby, 1940

CROSSEN H. S. et CROSSEN J. R.

Operative Gynecology 6 th edit p. 796 London Kimpton

CUENCA PEREZ M.

Oblitos Quirurgicos

Prensa Med Argent 46, 1445-1449, 1959

DOUTRE, MASSE et MAGIMEL

Evolution inhabituelle de compresses oubliées dans la cavité péritonéale

Bordeaux,Chir. p. 48-50, janvier 1954

ECHENBERG R. et LEDGER W. J.

Peritoneal response to polyethylene foreign bodies

Obst. Gynecol. 37, 195-198, 1968

FAIR G. L.

Foreign body in the abdomen causing obstruction

Am. J. Surg. 86, 472-475, 1953

FORGUES E. et AIMES A.

Les pièges de la chirurgie

Masson 1939

JONES S. A.

The foreign body problem after laparotomy

The American J. of Surg. 122, 785-786, 1971

HUNTER CRAIG I. D. and ELGAR D. E.

A long retained intrapéritoneal surgical swab

Brit. J. Surg. 57, 229-230, 1970

KORNPROBST L.

Responsabilités du médecin devant la loi et la jurisprudence française

Ed. Med. Flammarion 1957

KORNPROBST L.

Fragment d'aiguille laissé par un chirurgien dans le corps d'un opéré

Presse Méd., 77, 1729-1730, 1969

LEWISTON E. G.

Gasa radiovisible, description de una gasa con hebra opaqua

Annales de Cirurgia 1. 622, 1942

MASSE R. et DRAPIER M.

Champ opératoire éliminé par voie intestinale

Méd. Lég. Domm. Corpor. 2, 172-173, 1969

MYLLARNIEMI H.

Foreign material in adhesion formation after abdominal surgery

Acta Chir. Scand. 1967, suppl. 377

NOGUERA O. F.

Radiological demonstration of gauze compresses in the abdomen

Acta Radiol. Interaméricana 6, 111-116, 1956

OLNICK H. M., WEENS H. S. et ROGERS J. V.

Radiological diagnosis of retained surgical sponges

J. A. M. A. 159, 1525-1527, 1955

REYMOND J. Ch.

Accidents et incidents de l'acte opératoire dus au matériel et au chirurgien

Techniques chirurgicales 400 30 A

ROBINSON K. B. , LEVIN E. J.

Erosion of retained surgical sponges into the intestine

Am. J. Roentgenol. 96, 339, 1966

SANT'ANNA Jorge

Prevençao do abandono de corpos estranhos no abdomen no decurso das laparotomias

Rev. Brasil. Cir. 26, 57-64, 1953

SCHOLLER R.

Problèmes chirurgicaux et médico-légaux des corps étrangers abdominaux et thoraciques

Thèse Strasbourg 1963

STURDY J. H., BAIRD R. M. et GEREIN N.

Surgical sponges, A cause of granuloma and adhesion formation

Ann. Surg. 165, 128-134, 1967

UPCHRURCH W. A. et UPCHRURCH W. E.

Unusual foreign body in the bladder

Urol. and Cutan Rev. 37, 234-235, 1933

WILSON C. P.

Foreign bodies left in the abdomen after laparotomy

Gynec. Tr 9 : 108, 1884 (cité par CROSSEN)